Deutscher Bundestag **Drucksache 17/5742**

17. Wahlperiode 09. 05. 2011

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/5646 –

Fehlerhafte Krankenhausabrechnungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Immer wieder gehen Meldungen durch die Presse, dass Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen häufig zu viel abrechnen. Da Krankenhäuser als Element der Daseinsvorsorge zuallererst einen Versorgungsauftrag haben, ist zu hinterfragen, wieso es zu diesen Abrechnungsfehlern kommen kann. Gründe könnten in Personaleinsparungen und in Arbeitsverdichtung aufgrund der Finanzmisere liegen, unter denen die Krankenhäuser seit Jahren durch politische Entscheidungen leiden. Ebenso können die komplizierten Abrechnungsverfahren dabei eine Rolle spielen. Für diese unabsichtlichen Falschabrechnungen spricht, dass es auch Falschabrechnungen zuungunsten der Krankenhäuser gibt. Nicht auszuschließen ist, dass vorsätzlich falsch abgerechnet wird.

In Pressemeldungen ist von unterschiedlich hohen Falschabrechnungen die Rede. So behaupten die Krankenkassen, dass 60 Prozent der geprüften Abrechnungen nicht korrekt seien, während die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. von 40 Prozent ausgeht. Ebenso besteht Uneinigkeit über die Höhe der jährlichen Überzahlung der Krankenhäuser. Diese Zahlen schwanken zwischen 600 Mio. Euro und 1,5 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof (BRH) geht in seinen aktuellen Prüfungsergebnissen von 875 Mio. Euro aus (Pressemitteilung des BRH vom 12. April 2011).

Bislang geht die falsche Abrechnung für Krankenhäuser mit keinen Sanktionen oder auch nur Kostenbeteiligungen einher, solange nicht nachgewiesen ist, dass diese vorsätzlich geschehen ist. Umgekehrt entstehen den Krankenkassen zusätzliche Kosten in Höhe von 300 Euro für jede Überprüfung einer Abrechnung, die keinen Fehler nachweist. Damit sind die Kassen gefordert, die Überprüfungen so zu veranlassen, dass die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die überprüften Abrechnungen fehlerhaft sind. Dadurch werden nur etwa 10 Prozent der Rechnungen geprüft.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. Mai 2011 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Höhe des der gesetzlichen Krankenversicherung durch falsche Krankenhausabrechnungen entstehenden Schadens wird in der Fachdiskussion unterschiedlich eingeschätzt. Eine amtliche Statistik existiert dazu nicht. Der oben genannte Betrag von 1,5 Mrd. Euro ergibt sich dabei lediglich auf der Grundlage einer methodisch problematischen linearen Hochrechnung der Ergebnisse von den beanstandeten Krankenhausrechnungen auf alle Krankenhausfälle. Jedoch werden in der Regel alle Krankenhausrechnungen von den Krankenkassen im Hinblick auf Auffälligkeiten oder Verdachtsmomente vorgeprüft und führen in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht zu einer Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), der die Prüfungen im Auftrag der Krankenkasse durchführt. Auf Grund der Vorprüfung ist davon auszugehen, dass die Fehlerhäufigkeit bei den vom MDK geprüften Rechnungen deutlich größer ist als bei den ungeprüften Rechnungen. Daher dürfte durch eine lineare Hochrechnung der Schaden überschätzt werden.

Mit der Einführung der von den Krankenkassen zu zahlenden Aufwandspauschale durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sowie mit der Erhöhung der Pauschale durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, die Krankenkassen zu veranlassen, die Einzelfallprüfung zielorientierter einzusetzen und auf konkrete Verdachtsfälle zu fokussieren, um Bürokratie abzubauen und unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden. Die Aufwandspauschale hat durch einen stärker zielgerichteten Einsatz der Prüfungen zu einem Anstieg der Erfolgsquote für die Krankenkassen geführt. Damit wird auch unberechtigter bürokratischer Aufwand vermieden.

1. Wie viele Fälle falscher Abrechnungen, die zu Überzahlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen führen, werden jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) ermittelt?

   Wie haben sich diese Zahlen seit Einführung der DRG (DRG: diagnosis related groups; Fallpauschalen) entwickelt?

Nach verschiedenen Quellen kann von einer Prüfquote von 10 bis 12 Prozent der stationären Behandlungsfälle ausgegangen werden. Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) hat sich der Anteil der als falsch festgestellten Krankenhausabrechnungen an den geprüften Abrechnungen in den vergangenen Jahren wie folgt entwickelt: 2006: 34,8 Prozent; 2007: 35,4 Prozent; 2008: 39,2 Prozent; 2009: 42,6 Prozent. Für das Jahr 2010 kann vom GKV-SV bislang nur ein vorläufiger Wert angegeben werden. Der GKV-SV geht derzeit von einer Falschabrechnungsquote von 44,2 Prozent der geprüften Abrechnungen aus. Eine amtliche Statistik, die die Anzahl der überzahlten Krankenhausabrechungen durch die gesetzlichen Krankenkassen erfasst, existiert nicht.

2. Von welchen Dunkelziffern geht die Bundesregierung bezüglich der Falschabrechnungen aus, da der MDK nur bei Verdacht einer Falschabrechnung aktiv wird?

Der Bundesregierung liegen als Grundlage für eine Schätzung der Dunkelziffer möglicher Falschabrechnungen keine belastbaren Informationen vor. Da jedoch davon auszugehen ist, dass in der Regel alle Krankenhausrechnungen von den Krankenkassen im Hinblick auf Auffälligkeiten oder Verdachtsmomente vorgeprüft sind und die auffälligen Abrechnungen einer MDK-Prüfung unterzogen werden, ist grundsätzlich von einer relativ geringen Dunkelziffer auszugehen.

3. Weicht die Anzahl (pro 1 000 Abrechnungen) entdeckter Falschabrechnungen von Krankenhaus zu Krankenhaus, von Krankenhausträger zu Krankenhausträger sowie von Bundesland zu Bundesland voneinander ab?

   Falls ja, in welchem Ausmaß weichen sie voneinander ab?

Dass die Fehlerquoten nicht für alle Krankenhäuser einheitlich ausfallen, ist bereits daran erkennbar, dass es nach Angaben der Zeitschrift „MDK-Forum“ (Heft 4/2010) Krankenhäuser gibt, bei denen nur 10 Prozent der geprüften Rechnungen fehlerhaft seien, während bei anderen Krankenhäusern rund zwei Drittel der zur Prüfung vorgelegten Rechnungen hätten beanstandet werden müssen. Auch der GKV-SV geht davon aus, dass die Anzahl der bei Prüfungen festgestellten Falschabrechnungen von Krankenhaus zu Krankenhaus differiert und auch zwischen den Abteilungen eines Krankenhauses Unterschiede bestehen.

Nach Angaben des Brancheninformationsdienstes medinfoweb fällt die Schwankungsbreite der Fehlerquoten nach Krankenhausträgerschaft gering aus. Laut den Ergebnissen einer nichtrepräsentativen Umfrage lagen die Fehlerquoten für das Jahr 2009 zwischen 41 Prozent bei öffentlichen Trägern und 46 Prozent bei freigemeinnützigen Trägern.

4. Wie viele Fälle falscher Abrechnungen, die zu Unterzahlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen führen, werden jährlich durch den MDK ermittelt?

   Wie haben sich diese Zahlen seit Einführung der DRG und in Abhängigkeit der Fallzahlen entwickelt?

Nach einem vom AOK-Bundesverband in Auftrag gegebenen Gutachten von Prof. Kölbel („Die Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive“) sind zwischen 2003 und 2006 bei 3,5 Prozent bis 8 Prozent der geprüften Rechnungen Fehler zu Gunsten der Krankenkassen festgestellt worden.

Nach Auskunft des Brancheninformationsdienstes medinfoweb weisen von den vom MDK geprüften Fällen zwischen 1 Prozent und 5 Prozent eine Unterzahlung durch die Krankenkasse auf. Eine amtliche Statistik existiert hierzu nicht.

5. Wie hoch ist die Anzahl von Falschabrechnungen zugunsten der Krankenhäuser und die zu ihren ungunsten?

   Wie erklärt die Bundesregierung diese Differenz?

6. Wie viel Geld wird durch Falschabrechnungen zugunsten der Krankenhäuser und wie viel zu ihren ungunsten abgerechnet?

   Wie erklärt die Bundesregierung diese Differenz?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Hinsichtlich der Häufigkeiten von Falschabrechnungen zu Gunsten der Krankenhäuser und der Krankenkassen wird auf die Antworten zu den Fragen 1 und 4 verwiesen.

Die Unterschiede zwischen den unterschiedlich hohen Erfolgsquoten aus Sicht der Krankenhäuser und der Krankenkassen lassen sich durch das Verfahren der Prüfung erklären: Die Auswahl der Fälle, die vom MDK geprüft werden, wird von der Krankenkasse getroffen. Daher werden in der Regel Rechnungen in die

Einzelfallprüfung einbezogen, die Auffälligkeiten oder Verdachtsmomente aufweisen und deren Prüfung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu einer Rückzahlungsverpflichtung des Krankenhauses führen. Fälle, bei denen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Nachzahlung der Krankenkasse zu erwarten ist, dürften von dieser dagegen dem MDK nicht zur Prüfung vorgelegt werden.

7. Gibt es neben den Überprüfungen des MDK, die von den Krankenkassen angefordert werden, auch unabhängige zufällige Stichprobenüberprüfungen von Krankenhausabrechnungen, um realistische Zahlen über das Ausmaß von Falschabrechnungen zu erhalten?

   Gibt es Ergebnisse aus zufälligen Stichprobenüberprüfungen darüber, wie oft zu hohe oder zu niedrige Abrechnungen seitens der Krankenhäuser eingereicht werden?

   Hält die Bundesregierung zufällige Stichprobenüberprüfungen von Abrechnungen für sinnvoll?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen über zufällige Stichprobenprüfungen außerhalb der Tätigkeit des MDK vor.

Nach der Mitteilung des Bundesrechnungshofes über die Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch die gesetzlichen Krankenkassen vom 20. November 2009 sind in den Jahren 2005 bis 2008 insgesamt 101 Stichprobenüberprüfungen nach § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch den MDK durchgeführt worden. Dabei sind 764 Rechnungen zu Gunsten der Krankenkassen und 286 Rechnungen zu Gunsten der Krankenhäuser korrigiert worden.

Laut einer nicht repräsentativen Umfrage des Brancheninformationsdienstes medinfoweb bei 165 Krankenhäuser wurden im Jahr 2009 lediglich in drei Krankenhäusern Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG durchgeführt.

Anlassunabhängige Stichprobenprüfungen sind nach Einschätzung der Bundesregierung grundsätzlich ein interessantes Instrument bei der Abrechnungsprüfung. Jedoch muss bei der Beurteilung auch die Praktikabilität berücksichtigt werden. Hier weist die von den Krankenkassen mehrheitlich zu beschließende Stichprobenprüfung in einem wettbewerblichen Kassenumfeld Probleme bei der Einleitung und dem pauschalierten Ausgleichsverfahren auf.

8. Wie hoch belaufen sich nach Kenntnis der Bundesregierung die jährlichen Überzahlungen aufgrund falscher Abrechnungen von gesetzlichen Krankenkassen an die Krankenhäuser?

   Wie haben sich diese Zahlen seit Einführung der DRG entwickelt?

Die Höhe der der gesetzlichen Krankenversicherung durch falsche Krankenhausabrechnungen entstehenden Überzahlungen wird in der Fachdiskussion unterschiedlich eingeschätzt.

9. Wie hoch ist der durchschnittliche Fehlbetrag pro falscher Abrechnung?

   Wie hat sich diese Zahl seit Einführung der DRG entwickelt?

Nach eigener Auskunft geht der GKV-SV auf Basis vorläufiger Daten für das Jahr 2010 von einem durchschnittlichen Rückzahlungsbetrag pro falscher Rechnung in Höhe von rd. 1 200 Euro aus. Im Jahr 2009 lag dieser Betrag bei rd. 1 100 Euro.

Für die Jahre 2004 und 2006 weist der Abschlussbericht für den ersten Forschungszyklus der DRG-Begleitforschung nach § 17b Absatz 8 KHG durchschnittliche Rückzahlungsbeträge in Höhe von 764 Euro und 761 Euro aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der geringen Anzahl von Rückmeldungen von Krankenhäusern für die Ermittlung dieser Werte lediglich eine kleine Datenbasis zur Verfügung stand.

10. Wie viel Prozent der Krankenhausabrechnungen an gesetzliche Krankenkassen wurden seit dem Jahr 2000 jährlich überprüft?

Nach Auskunft des MDK werden seit dem Jahr 2006 jährlich zwischen 10 Prozent und 12 Prozent der Krankenhausabrechnungen geprüft. Diese Größenordnung wird durch die Ergebnisse der jährlichen Umfragen des Brancheninformationsdienstes medinfoweb bestätigt.

11. Gibt es deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Krankenkassen bezogen auf die Anzahl der Abrechnungsüberprüfungen durch den MDK?

Der um Stellungnahme gebetene GKV-SV geht von deutlichen Unterschieden im Prüfverhalten der Krankenkassen aus. Aufgrund einer unterschiedlichen Versichertenklientel und einer durch eine bundesweite oder regional begrenzte Öffnung bedingte unterschiedlichen Betroffenheit von Falschabrechnungen hätten die Krankenkassen hinsichtlich der Krankenhausrechnungsprüfung einen unterschiedlichen Organisationsgrad entwickelt.

Auch nach den Ergebnissen einer nicht repräsentativen Umfrage des Brancheninformationsdienstes medinfoweb für das Jahr 2009 schwankten die Prüfquoten zwischen den Krankenkassenarten. Während die Prüfquote der Allgemeinen Ortskrankenkassen durchschnittlich bei rd. 21 Prozent lag, betrug sie bei den Innungskrankenkassen und der Knappschaft rd. 10 Prozent und bei den Betriebskrankenkassen und den Ersatzkassen (ohne Hanseatische Krankenkasse und Handelskrankenkasse) durchschnittlich rd. 9 Prozent.

12. Welche Gründe führt der MDK bei einer Einordnung als Falschabrechnung auf (bitte häufigste Gründe nennen)?

Nach Auskunft des GKV-SV sind die häufigsten Prüfgründe die primäre und sekundäre Fehlbelegung, d. h. die stationäre Behandlungsnotwendigkeit und die Verweildauer, sowie die Kodierung.

13. Welche Ursachen liegen nach Ansicht der Bundesregierung für Falschabrechnungen vor?

Die Bundesregierung hat keine Hinweise darauf, dass die vom GKV-SV genannten Gründe nicht korrekt sind. Interessenunterschiede zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern können bei der Frage nach der Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthaltes oder nach der Richtigkeit der Kodierung, sofern bei deren Beurteilung ein Ermessensspielraum besteht, zu Auslegungsdifferenzen führen.

14. Welche Sanktionsmöglichkeiten bestehen, um Falschabrechnungen zu ahnden?

Absichtlich falsch kodierte Leistungen stellen Betrug dar, der strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 197a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)). Soweit im Rahmen von Stichprobenprüfungen nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist zudem vom Krankenhaus der doppelte Differenzbetrag zur korrekten Entgelthöhe zurückzuzahlen (§ 17c Absatz 3 Satz 4 KHG). Allerdings werden diese Stichprobenprüfungen von den Krankenkassen nur in geringem Umfang genutzt.

15. Wie oft pro Jahr werden solche Sanktionen bundesweit verhängt?

Dem um Stellungnahme gebetenen GKV-SV sind nach eigener Auskunft keine Fälle von Sanktionierung bekannt.

16. Wie oft pro Jahr werden absichtliche Falschabrechnungen erfasst?

In der Literatur findet sich der Hinweis, dass Mitteilungen an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a SGB V) oder Strafanzeigen selbst in gravierenden Falschabrechnungsfällen sehr selten erfolgen (Kölbel et al., in: Gesundheitsrecht, 3/2011, S. 129 bis 136).

Nach Auskunft des GKV-SV lassen Rückfragen bei den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Landeskriminalämtern und Staatsanwaltschaften, die Prof. Kölbel im Rahmen des aktuellen Forschungsprojekts „Abrechnungsmanipulationen im stationären Bereich“ durchgeführt hat, auf etwa 20 bis 40 anhängige Verfahren schließen.

17. Ist es möglich, dass absichtliche Falschabrechnungen von MDK und Krankenkassen unbemerkt bleiben?

Dies kann grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, solange nicht alle Rechnungen einer Prüfung durch den MDK unterzogen werden, was jedoch wegen des damit verbundenen bürokratischen Aufwands abzulehnen ist. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

18. Sieht die Bundesregierung bezüglich der Zahl der Falschabrechnungen Handlungsbedarf?

    Wenn ja, wann will sie aktiv werden?

Mögliche Verbesserungen der Prüfverfahren werden im Zusammenhang mit anstehenden Gesetzgebungsvorhaben zu diskutieren sein.

19. Welche Möglichkeiten zur Verringerung der Falschabrechnungen erwägt die Bundesregierung, und welche Möglichkeit bevorzugt sie?

Auf die Antwort zu Frage 18 wird verwiesen.

20. Warum müssen die Krankenkassen für eine Überprüfung eine Gebühr von 300 Euro bezahlen, wenn die Abrechnung korrekt war?

Mit der Einführung der Aufwandspauschale hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, einer seinerzeit von den Krankenhäusern vielfach beklagten ungezielten Einleitung von MDK-Prüfungen entgegenzuwirken und die Krankenkassen zu veranlassen, die Einzelfallprüfung zielorientierter einzusetzen und auf konkrete Verdachtsfälle zu fokussieren. Die Aufwandspauschale hat durch einen stärker zielgerichteten Einsatz der Prüfungen zu einem Anstieg der Erfolgsquote für die Krankenkassen geführt (s. Antwort zu Frage 1).

21. Warum müssen die Krankenhäuser keine Gebühr entrichten, wenn eine Überprüfung eine unkorrekte Abrechnung aufgedeckt hat?

Da die Krankenhäuser keinen Einfluss auf den Umfang des Prüfgeschehens und den daraus resultierenden bürokratischen Aufwand haben, sieht das Gesetz für sie keine Aufwandspauschale vor.

22. Welche Anreize gibt es für Krankenhäuser, sorgfältig und korrekt abzurechnen?

Für Krankenhausärztinnen und -ärzte besteht gemäß § 10 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte eine berufsrechtliche Verpflichtung zu einer korrekten Dokumentation. Darüber hinaus profitiert das Krankenhaus bei einer korrekten Abrechnung von einer niedrigen Prüfquote und einem entsprechend geringen bürokratischen Aufwand, da nach Auswertungen des GKV-SV Krankenhäuser mit einer geringen Fehlerquote seltener geprüft werden als Krankenhäuser mit einer hohen Fehlerquote.

23. Gibt es für Krankenhäuser verbindliche und unmissverständliche Kodierrichtlinien?

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) haben für den stationären Bereich Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren vereinbart. Diese werden Jahr für Jahr weiterentwickelt, so dass bestehende Anwendungserfahrungen einbezogen werden können.

24. Wer entscheidet im Zweifelsfall darüber, welche Kodierung bei Interpretationsspielräumen anzuwenden ist?

Um Streitfälle bei abweichenden Auffassungen über die Abrechnung von Krankenhausfällen zu vermindern, haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, Anfragen im Zusammenhang mit dem DRG-System in einem regelhaften Verfahren zu beantworten. Das Anfrageverfahren, das am 1. Oktober 2010 eingeführt worden ist, ist auf Themen ausgerichtet, bei denen die bestehenden Regelwerke (z. B. Abrechnungsbestimmungen) unterschiedlich interpretiert werden.

Bei verbleibenden Abrechnungsstreitigkeiten können für eine verbindliche Entscheidung im Einzelfall die Sozialgerichte angerufen werden.

25. Welche Möglichkeiten haben Krankenhäuser, wie Krankenkassen, gegen einen MDK-Gutachter vorzugehen, wenn dieser sich nicht an die Kodierempfehlungen der Expertengruppen des DGfM (Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.) und des MDK hält?

Das Prüfergebnis des MDK im Rahmen der Überprüfung der Abrechnung eines stationären Abrechnungsfalles hat für die den MDK beauftragende Krankenkasse den Charakter einer gutachtlichen Stellungnahme, die sie für ihre Entscheidung über die Korrektheit der Abrechnung einholt. Die Krankenkasse trifft ihre Entscheidung jedoch in eigener Verantwortung und ist nicht an die Stellungnahme des MDK gebunden.

Krankenhäuser können gegen eine Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch einlegen und ggf. eine verbindliche Klärung des Einzelfalls im Rahmen eines Verfahrens vor dem Sozialgericht erwirken. Im Rahmen der sozialgerichtlichen Prüfung wird auch die gutachtliche Stellungnahme des MDK geprüft, soweit sich die Krankenkasse in ihrer Entscheidung darauf stützt.

Unabhängig davon können sich Krankenhäuser und Krankenkassen, wenn sie inhaltliche Fehler in dem Prüfergebnis des MDK vermuten, an den jeweiligen MDK wenden, der eine Prüfung der Einwände veranlassen wird.

26. Liegt es in der Natur eines komplexen Systems mit über 13 000 systematischen und weiteren über 76 000 alphabetischen Diagnoseeinträgen sowie über 27 000 systematischen und weiteren fast 31 000 alphabetischen Prozedurenbezeichnungen, dass es häufig mehrere Kodiervarianten gibt, die viele Fehlermöglichkeiten bieten?

Bei der Abrechnungsprüfung dominieren als Prüfanlass die stationäre Behandlungsnotwendigkeit (primäre Fehlbelegung) und die Verweildauer (sekundäre Fehlbelegung), erst nachrangig sind Kodierungsfragen. Die Prüfung der primären und sekundären Fehlbelegung gehört damit auch im DRG-Fallpauschalensystem ebenso wie bereits bei dem früheren Vergütungssystem, bei dem die Krankenhäuser überwiegend tagesgleiche Pflegesätze erhielten, mit zu den zentralen Prüfgegenständen. Insofern ist für das Prüfgeschehen nicht in erster Linie die Komplexität des medizinischen Geschehens und dessen sachgerechte Berücksichtigung in medizinischen Klassifikationen und dazu gehörigen Kodierrichtlinien maßgeblich. Wesentlich sind insbesondere die ökonomischen Interessenunterschiede zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die bei unterschiedlich beurteilbaren medizinischen Sachverhalten naturgemäß auch zu Auslegungsdifferenzen führen können.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333